

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

course may require correction of blood products amounts regardless of method of surgical treatment.

Key words: deep burns, burn disease, surgery, transfusion therapy.

Відомості про авторів:

Козинець Георгій Павлович — доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри комбустіології та пластичної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Циганков Володимир Петрович — кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри комбустіології та пластичної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК 616.147.17–007.64–092–089.87

ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ СТЕПЛЕРНОЇ ЦИРКУЛЯРНОЇ ГЕМОРОЇДЕКТОМІЇ

**С. І. Саволук, І. М. Ігнатюк, О. В. Шуляренко,
М. М. Гвоздяк, В. В. Зуєнко, Рамадан Башир Двела**

Національна медична академія післядипломної
освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,
Клініка «Медіком», м. Київ,
Київська міська клінічна лікарня № 8, м. Київ

Вступ. На геморої страждає більш ніж 10 % дорослого населення планети.

Мета — вивчити безпечність та ефективність степлерної циркулярної гемороїдектомії.

Матеріали і методи. У дослідження залучено 47 хворих (20 (42,6 %) чоловіків та 27 (57,4 %) жінок) віком від 34 до 63 років (середній вік хворих 51,2 роки) з гемороєм III — IV стадій. Всім хворим виконали степлерну циркулярну гемороїдектомію за розробленим нами способом (Деклараційний патент України на корисну модель № 112799 від 26.12.2016 року, бюл. № 24).

Результати. Середня тривалість оперативного втручання склала $36,2 \pm 0,02$ (M \pm m) хвилин. Об'єм інтраопераційної крововтрати склав $25,5 \pm 1,2$ (M \pm m) мл. Вираженість больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою склала в середньому $2,7 \pm 0,04$ (M \pm m) бали. Тривалість больового синдрому, котрий потребував вживання ненаркотичних анальгетиків, склала $3,5 \pm 0,11$ (M \pm m) діб. У 76,6 % наших пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді ускладнень не

було. У 85 % хворих ускладнень пізнього післяопераційного періоду не було. Степлерна циркулярна гемороїдектомія за запропонованим нами способом асоціювалась із невеликою кількістю і характером ускладнень.

Висновок. Степлерна циркулярна гемороїдектомія за запропонованим нами способом є безпечною і ефективною операцією в хірургії геморою III — IV стадій.

Ключові слова: геморою, степлерна гемороїдектомія, результати

Вступ. На геморою страждає більш ніж 10 % дорослого населення планети. Серед проктологічних захворювань геморою складає 34–41 % [3, 5]. Сучасна хірургія геморою спрямована на зменшення больового післяопераційного синдрому, кровотечі, стенозу і недостатності анального сфінктера, на малу інвазивність та радикальність оперативного втручання [2, 11]. Степлерна гемороїдектомія, впроваджена А. Longov 1998 році, поєднує переваги радикальності і високої якості життя в післяопераційному періоді [11].

Мета роботи — вивчити безпечність та ефективність степлерної циркулярної гемороїдектомії.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати оперативного лікування 47 хворих на геморою III–IV стадій, котрі перебували в клініці кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО імені П. Л. Шупика (хірургічні відділення Київської міської клінічної лікарні № 8, клініка «Медіком») в період з 2015 до 2017 року в плановому порядку після передопераційного обстеження в амбулаторних умовах: загальноклінічні аналізи крові і сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, дослідження крові на гепатит, ВІЛ, сифіліс, електрокардіографія, рентгенологічне дослідження легень, огляд терапевта, за необхідності — консультація суміжних спеціалістів, додаткові обстеження.

Ректороманоскопію було зроблено всім хворим після виконання спинальної анестезії, безпосередньо після чого виконували операцію: степлерну циркулярну гемороїдектомію за розробленим нами способом, на який отримано Деклараційний патент України на корисну модель «Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій» № 112799 від 26.12.2016 року, бюл. № 24. Запропонований спосіб виконують наступним чином: операцію виконують під спинальною анестезією. Після помірної дивульсії анального каналу, яку проводять двома пальцями або ректальним дзеркалом, анальний канал розтягують чотирма затискачами Аліса, такий маневр полегшує введення аноскопа з обтуратором, за допомогою якого відбувається вправлення внутрішніх гемороїдальних вузлів. Після видалення обтуратора слизова оболонка, що випадає, виступає в порожнину аноскопа. Прозорість пристрою дозволяє контролювати

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

розташування зубчастої лінії, для більшої надійності аноскоп фіксують до шкіри промежини чотирма швами, через аноскоп в порожнину кишки вводять ретрактор, що захищає і фіксує слизову оболонку прямої кишки при накладанні кисетного шва (Prolene 2.0). Цей шов захоплює лише слизову оболонку прямої кишки і накладається на 4–5 сантиметрів вище зубчастої лінії. Чим більший ступінь випадіння внутрішніх вузлів, тим вище слід накладати кисетний шов. При накладанні кисетного шва, аноскоп витягують і потім знову вводять, це роблять для того, щоб слизова не перекручувалась і шов утворювався симетричним.

Після видалення ретрактора, степлер у відкритому стані вводять в пряму кишку так, щоб головка апарата розташовувалась вище кисетного шва, за допомогою провідника зав'язують кисетний шов і крючком кінці ниток виводять назовні через бічні канали в головці апарата, ззовні кінці ниток зв'язують між собою, утворюючи петлю, внаслідок помірного натягу кисета слизова, що випала, затягується в апарат, котрий закривається, потім виконується резекція слизової оболонки і її прошивання танталовими скобами, для покращення гемостазу інструмент залишають в закритому положенні до і після прошивання протягом 20 секунд, потім апарат відкривають і видаляють із прямої кишки разом з її резектованою слизовою оболонкою, через аноскоп контролюють гемостаз, при кровоточивості в ділянці лінії танталових швів або відсутності співставлення гемостаз або співставлення виконують застосуванням зварювання м'яких тканин між браншами затискача, під'єданого до біполярного електрозварювального апарату «Патонмед».

Операція завершується введенням в анальний канал марлевої пов'язки, вкритої маззю, пов'язка огортає газовідвідну трубку, яку залишають на добу [1].

У всіх хворих було застосовано циркулярний зшиваючий степлер для гемороїдектомії діаметром 33 мм.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів залежно від статі, стадії геморою

Стадії	Чоловіків	Жінок
III стадія геморою	8	10
IV стадія геморою	12	17
ВСЬОГО	20 (42,6 %)	27 (57,4 %)

Не були включені в дане дослідження хворі, котрі раніше були прооперовані (включно із малоінвазивними методиками, як ін'єкційні, так і трансанальна гемороїдальна деартеризація та ін.) з приводу геморою.

Середній вік хворих був 51,2 роки (мінімум — 34, максимум — 63 роки).

Всім хворим проводилась антибіотикопротекція цефалоспорином II покоління за 30 хвилин до операції та протягом 3-х діб після операційного періоду. Протекція можливих тромботичних ускладнень проводилась низькомолекулярним гепарином із врахуванням ступеня ризику.

Оцінка результатів оперативного втручання пацієнтів проведена в ранньому — виникають до 7 діб після операції, та пізньому — після 7 діб — періоді [10].

Досліджувались: середня тривалість оперативного втручання, об'єм інтраопераційної крововтрати, виразність больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою, тривалість больового синдрому, тривалість повернення до нормальної активності, частота післяопераційних ускладнень.

При статистичній обробці використовували середньоарифметичну — M , середню похибку середньої арифметичної — m .

Результати. Співвідношення між чоловіками та жінками складало 0,74. Середня тривалість оперативного втручання склала $36,2 \pm 0,02 (M \pm m)$ хвилин. Об'єм інтраопераційної крововтрати склав $25,5 \pm 1,2 (M \pm m)$ мл. Виразність больового синдрому за 10-бальною візуальною аналоговою шкалою склала в середньому $2,7 \pm 0,04 (M \pm m)$ бали. Тривалість больового синдрому, котрий потребував вживання ненаркотичних анальгетиків, склала $3,5 \pm 0,11 (M \pm m)$ діб. Необхідності в застосуванні наркотичних анальгетиків не виникало. Тривалість повернення до нормальної активності склала $8,4 \pm 0,19 (M \pm m)$ діб. Значних відмінностей в тривалості оперативного втручання, об'ємі інтраопераційної крововтрати, виразності больового синдрому, тривалості больового синдрому, котрий потребував вживання ненаркотичних анальгетиків, часі повернення до нормальної активності порівняно з даними подібних до нашого досліджень не виявлено [7].

Ректальну кровотечу вважали ускладненням, якщо для її зупинки було необхідно застосування електрокоагулятора, лігатури або прошивання. В нашому дослідженні у всіх випадках зупинка кровотечі виконувалась затискачем, під'єднаним до біполярного електрозварювального апарату. Часткова недостатність шва циркулярного степлера була виявлена інтраопераційно, вилікувана шляхом електрозварювання слизово-підслизових шарів прямої кишки затискачем, під'єднаним до біполярного електрозварювального апарату.

Таким чином, у 76,6 % наших пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді ускладнень не було (таблиця 3).

Залишкові ознаки на шкірі є наслідком вклучення в резектовану степлером ділянку надмірного об'єму слизово-підслизового шару, ви-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

ражені незначно, проходять самостійно або лікуються пластичними методиками [12]. Затримка сечі була пов'язана із простатитом, вилікувана тимчасовим встановленням сечового катетеру. У хворих, в котрих розвинувся закреп, ми, погоджуючись із авторами [9], лікували його регулярним вживанням лактулози 15 мг. двічі на добу. набряк кільця шва циркулярного степлера був успішно пролікований введенням нестероїдного протизапального препарату як парентерально, так і місцево (ректальні суппозиторії).



Рис. 1. Різновид, кількість і відсоток інтраопераційних ускладнень

Таблиця 2

Різновид, кількість і відсоток ранніх ускладнень

Залишкові ознаки на шкірі	4 (8,5 %)
Діарея	1 (2,1 %)
Затримка сечі	2 (4,3 %)
Закреп	2 (4,3 %)
Набряк кільця шва циркулярного степлера	2 (4,3 %)

У 85 % хворих ускладнень пізнього післяопераційного періоду не було (таблиця 3).

Таблиця 3

Різновид, кількість і відсоток пізніх ускладнень

Запалення періанальної ділянки	1 (2,1 %)
Відчуття неповного випорожнення	3 (6,4 %)
Відчуття важкості випорожнення	2 (4,3 %)
Проктит	1 (2,1 %)

Проктит розвивається внаслідок ішемії тканин прямої кишки [6, 9]. Запалення періанальної ділянки, проктит, відчуття неповного випорожнення, важкості випорожнення були вилікувані консервативно корегуванням дієти, застосуванням парентеральних та місцевих протизапальних, а також антиоксидантних, дезагрегантних, в окремих випадках антибактеріальних препаратів.

Згодні із Мішаловим В.Г. і співавт. [4] , що в залежності від способу впливу на той чи інший фактор патогенезу гемороїдальної хвороби, методи лікування геморою можна розділити на 6 класів:

- 1) клас методів деартеризації верхньої прямокишкової артерії;
- 2) клас методів зменшення маси кавернозної тканини;
- 3) клас методів зниження внутрішньоанального тиску;
- 4) клас методів повної редукції кавернозної тканини (гемороїдектомії);

5) клас методів лістингу (гемороїдопексії) та дезартеризації верхньої прямокишкової артерії;

6) клас комбінованих методів: комбінації вищезазначених методів.

Перші три класи методів лікування геморою впливають лише на гемодинамічний фактор патогенезу хвороби, тому є ефективними при хронічному геморої I-II стадії. Методи четвертого та п'ятого класів усувають як гемодинамічний, такі механічний фактори патогенезу, тому є патогенетично обґрунтованими при хронічному геморої III–IV стадій.

Наші дані збігаються із даними Giordano *et al.* [8], що до переваг степлерної гемороїдектомії відносяться невелика крововтрата, слабо виражений в післяопераційному періоді біль, швидке одужання, невеликий ліжко-день.

Таким чином, степлерна циркулярна гемороїдектомія за запропонованим нами способом (Деклараційний патент України на корисну модель № 112799 від 26.12.2016 року, бюл. № 24) асоціюється із невеликою кількістю і характером ускладнень і, відповідно, високою якістю життя.

Висновок. Степлерна циркулярна гемороїдектомія за запропонованим нами способом є безпечною і ефективною операцією в хірургії геморою III–IV стадій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Пат. № 112799, Україна, МПК (2016.01) А61В 17/00.Спосіб хірургічного лікування хронічного комбінованого геморою III–IV стадій / Саволюк С. І., Сіряченко В. Г., Шуляренко О. В., Ігнатів І. М., Зуєнко В. В. — u201607592; заявл. 11.07.2016; опубл. 26.12.2016, Бюл. № 24/2016.
2. Мамчич В. І. //Лікування гострого геморою з використанням міні-інвазивнихметодик / В. І. Мамчич,, Р. К. Палієнко, В. С. Андрієць [та ін.] // Хірургія України. –2006. — № 2. — С. 72–74.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

3. Мішалов В. Г. Хірургічне лікування геморою / В. Г. Мішалов, В. А. Діброва, Є. В. Цема // Хірургія України. — 2008. — № 3. — С. 76–86
4. Мішалов В. Г., Шудрак А. А., Цема Є. В. Класифікація методів хірургічного лікування геморою // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. — Вип. 39. — 2010. — С. 210–216.
5. Подпратов С. С. Оптимізація сучасної тактики оперативного лікування геморою III–IV ст. / С. С. Подпратов, С. Є. Подпратов, М. М. Новжова // Клін. хірургія. — 2006. — № 2. — С. 14–18.
6. Bruscianno L., Ayabaca S. M., Pescartori M. [et al.]. Reinterventions after complicated or failed stapled hemorrhoidopexy. — Dis Colon Rectum. — 2004. — 47(11). — P. 1846–1851
7. Chen J. S. and You J. F. Current Status of Surgical Treatment for Hemorrhoids — Systematic Review and Meta-Analysis. // Chang Gung Medical Journal. -2010. — № 33. — P. 488–500.
8. Giordano P., Gravante G., Sorge R. [et al.]. Long-term outcomes of stapled hemorrhoidopexy vs conventional hemorrhoidectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. // Arch Surg - 2009. -144.- C.266–72.
9. Jongen J., Bock J.U., Peleikis H.G., [et al.] Complications and reoperations in stapled anorexy: learning by doing. // Int. J. Colorectal Dis. — 2006.- 21(2). — P. 166–171.
10. Liesel J. Porrett, Jemma K. Porrett, and Yik-Hong Ho. Documented Complications of Staple Hemorrhoidopexy: A Systematic Review. // Int Surg. — January 2015. — Vol. 100, No. 1. — P. 44–57. doi: <http://dx.doi.org/10.9738/INTSURG-D-13-00173.1>
11. Pescatori M. And Gagliardi G. Postoperative Complications after Procedure for Prolapsed Hemorrhoids (PPH) and Stapled Transanal Rectal Resection (STARR) Procedures. // Techniques in Coloproctology, 12, 7–19. <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-008-0391-0>
12. Ravo B., Amato A., Bianco V., Boccasanta P., Bottini C., Carriero A. [et al.] Complications after stapled hemorrhoidectomy: can they be prevented? // Tech Coloproctol. — 2002. — № 6(2). — P. 83–88.

Патогенетическое обоснование степлерной циркулярной геморроидэктомии

С. И. Саволук, И. Н. Игнатов, О. В. Шуляренко, Н. Н. Гвоздяк, В. В. Зуенко, Рамадан Башир Двела

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев,

Клиника «Медиком», г. Киев,

Киевская городская клиническая больница № 8, г. Киев

Вступлення. Более 10 % взрослого населения планеты страдает от геморроя.

Цель работы — изучить безопасность и эффективность степлерной циркулярной геморроидэктомии.

Материалы и методы. В исследование вошли 47 больных (20 (42,6 %) мужчин и 27 (57,4 %) женщин) в возрасте от 34 до 63 лет (средний возраст больных 51,2 года) с геморроем III-IV стадий. Всем больным выполнили степлерную циркулярную геморроидэктомию согласно разработанному нами способу (Декларационный патент Украины на полезную модель № 112799 от 26.12.2016 года, бюл. № 24).

Результаты. Средняя продолжительность оперативного вмешательства составила $36,2 \pm 0,02 (M \pm m)$ минут. Объем интраоперационной кровопотери составил $25,5 \pm 1,2 (M \pm m)$ мл. Выраженность болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале составила в среднем $2,7 \pm 0,04 (M \pm m)$ балла. Продолжительность болевого синдрома, который требовал применения не наркотических анальгетиков, составила $3,5 \pm 0,11 (M \pm m)$ суток. У 76,6 % наших пациентов в раннем послеоперационном периоде осложнений не было. У 85 % больных осложнений позднего послеоперационного периода не было. Степлерная циркулярная геморроидэктомия согласно предложенному нами способу ассоциировалась с небольшим количеством и характером осложнений.

Выводы. Степлерная циркулярная геморроидэктомия согласно предложенному нами способу является безопасной и эффективной операцией в хирургическом лечении геморроя III-IV стадий.

Ключевые слова: геморрой, степлерная геморроидэктомия, результаты

Pathogenetic substantiation of stapled circular hemorrhoidectomy

S. I. Savoliuk, I. M. Ignatov, O. V. Shulyarenko, M. M. Gvozdyak, V. V. Zuenko, Ramadan Bashir Dwela

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Clinic «Medicom», Kyiv, Kyiv city clinical hospital № 8, Kyiv

Introduction. More than 10 % of the adult population of the planet suffers from hemorrhoid.

The aim — to study the safety and efficacy of stapled circular hemorrhoidectomy.

Materials and methods. The study included 47 patients (20 (42.6 %) men and 27 (57.4 %) women aged from 34 to 63 years (mean age 51.2 years) with Grade III– Grade IV hemorrhoids. All patients were performed stapled circular hemorrhoidectomy by using our method (Declaration patent of Ukraine for useful model № 112799 published 26.12.2016 year, bull. № 24).

Results. The average surgery time was $36,2 \pm 0,02 (M \pm m)$ minutes. The volume of intraoperative blood loss was $25,5 \pm 1,2 (M \pm m)$ ml. Average pain score by 10-point visual analogue scale — $2,7 \pm 0,04 (M \pm m)$ points. Pain which needed ketorolac analgesics lasted $3,5 \pm 0,11$ days ($M \pm m$). In 76,6 % of patients in the early postoperative period there were no complications. In 85 % of patients there were no late complications. Stapled circular hemorrhoidectomy by our method associated with a small number of complications.

Conclusion. Stapled circular hemorrhoidectomy by using our method is considered to be safe and effective for Grade III — Grade IV hemorrhoids surgery.

Key words: hemorrhoids, stapled hemorrhoidectomy, results.

Відомості про авторів:

Саволук Сергій Іванович — доктор медичних наук, доцент, завідувач кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Ігнатюк Ігор Миколайович — кандидат медичних наук, завідувач хірургічного відділення клініки «Медіком».

Шуляренко Олег Володимирович — кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Гвоздяк Микола Миколайович — кандидат медичних наук, доцент кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Зуєнко Вікторія Вікторівна — аспірант кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Рамадан Башир Дзела — клінічний ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

УДК618.19–002–003.92–036.95–092–08–084

КОМПЛЕКСНИЙ ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РЕЦИДИВІВ ДЕФЕКТНИХ РУБЦІВ МОЛОЧНИХ ЗАЛОЗ У ПАЦІЄНТОК ВНАСЛІДОК МАСТИТІВ

С. І. Саволук, Г. О. Рибчинський

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-
діагностичний центр, м. Львів

Вступ. У зв'язку з присутніми випадками хірургічного лікування маститів, нерідко виникають такі косметичні дефекти як дефектні рубці молочних залоз. Існує численна кількість лікувальних заходів